

PARACLINICE-RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ

ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE-RADIOLOGIE, IMAGISTICĂ MEDICALĂ ȘI MEDICINA NUCLEARĂ -dosarul se va completa in ordinea enumerata mai jos –

- 2014

1. Cerere de solicitare de intrare in relatii contractuale cu CAS Cluj pe anul **2014 MODEL TIP- Anexa 1-pentru furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice-radiologie si imagistica in anul 2014.**
2. Certificatul de inregistrare:
 - 2.1 Certificatul de inregistrare in Registrul Unic al cabinetelor medicale
 - 2.2 Actul de infiintare sau organizare
 - 2.3 Certificatul de inregistrare la Oficiul Registrului Comertului si certificatele constatatoare sau anexele pentru SRL-uri.
3. Contul deschis la Trezoreria Statului pentru SRL-uri si unitati sanitare, sau la banca- cod iban.
4. Certificat de inregistrare fiscala (CUI;CIF)
5. Copia actului de identitate a reprezentantului legal al furnizorului de servicii paraclinice.
6. Decizia de evaluare a furnizorului/puncteor de lucru/ in sistemul asigurarilor de sanatate valabila la data incheierii contractului
7. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical- **pentru furnizor** – valabila pana la data de 31.12.2014;
8. Certificatul de membru al Colegiul Medicilor din Romania pentru fiecare medic, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, avizat pe anul 2014.
9. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate:
 - 9.1 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **medicii cuprinsi in contract-** valabila pana la data de 31.12.2014
 - 9.2 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **asistenti medicali cuprinsi in contract-** valabila pana la data de 31.12.2014
 - 9.3 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru alte categorii de personal - valabila pana la data de 31.12.2014
10. Dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare (certificatul fiscal poate fi depus pana in data de 27.06.2014);
11. Copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici.
12. Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor(contract de munca+extras REVISAL,contract prestari servicii+CIF)
13. Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar.
14. Imputernicire notariala pentru relatia cu casa de asigurari de sanatate, pentru persoana care inlocuieste reprezentantul legal in absenta acestuia; se va mentiona obligatoriu obiectul imputernicirii (: pentru semnare de contracte, acte aditionale, facturi, raportari;)

15. Certificat în conformitate cu SR EN ISO 9001/2008 sau un alt standard adoptat în România însoțit de o copie a manualului calitatii în care să fie specificat tipul investigațiilor pentru care s-a acordat
16. Buletinul de verificare periodică, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare.
17. Declarația privind derularea/nederularea de către furnizor de relații contractuale cu Casa O.P.S.N.A.J. sau alte case județene de asigurări de sănătate -**Anexa 2**;
18. Declarațiile pe proprie răspundere a personalului angajat cu privire la alte locuri de muncă-conform **MODEL TIP-Anexa 3 (A, B, C)**
19. Lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor -conform **MODEL TIP-Anexa 4**
20. Program de activitate/zile/intervale orare/medic/ asistenți-conform **MODEL TIP-Anexa 5**
21. Program de activitate al laboratorului /zile/intervale orare/activități de efectuare a investigațiilor, eliberarea rezultatelor -conform **MODEL TIP-Anexa 6**
22. Aparatura din dotare-conform **MODEL TIP -Anexa 7**
23. Contractele de servicii pentru aparatura din dotare încheiate cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare
25. Avizul de utilizare și/sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare
26. Adresa de email a reprezentantului legal și a șefului de laborator

Mențiune 1: pe toată durata programului de lucru de 6 ore a laboratorului de radiologie și imagistică medicală este obligatorie prezenta unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/ punct de lucru din structura furnizorului.

Mențiune 2: în cazul existenței punctelor de lucru anexele de la punctele (19), (20), (21), (22) se întocmesc distinct pe fiecare punct de lucru.

Mențiune 3: La momentul depunerii documentației în vederea încheierii contractului pe anul 2014 tabelele menționate mai sus se depun atât în format scris cât și în format electronic.

Documentele se îndosăriază într-un dosar de plastic cu sine

Depunerea unui dosar incomplet, a unor documente neconforme sau în afara termenului de contractare duce la invalidarea dosarului.

Mențiunea 4: Dosarul de contractare cu documentele se va depune în termenul de contractare stabilit, la sediul CAS Cluj din strada Constanța nr.5, Cluj Napoca, etaj II cam.219(Registratură) și cam.220.

Nota:

Urmăriți site-ul CAS CLUJ la rubrica info center/ info furnizori/an 2014/ Contractare 2014/laboratoare radiologie și imagistică medicală pentru completarea dosarului de contract în eventualitatea în care se solicită noi documente.

Toate documentele depuse pentru încheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi stampilate cu stampila unității și se vor certifica prin semnatura pe fiecare pagină a reprezentanților legali care vor răspunde de realitatea și exactitatea datelor, iar cele depuse în xerocopie vor purta și mențiunea "conform cu originalul".

1. CERERE - MODEL TIP

Unitate medicala

CERERE

Subsemnatul /(a).....
legitim/(a) cu B.I./C.I. seria....., nr....., în calitate de
reprezentant legal alfurnizor de.....cu **sediul
social în localitatea**....., cod
fiscal....., telefon fix.....(**obligatoriu**), telefon
mobil.....(**obligatoriu**), fax.....,adresă e-mail
.....(**obligatoriu**), vă rog să binevoiți a aproba încheierea contractului
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru
specialitățile paraclinice-radiologie și imagistică medicală pentru anul 2014.

PUNCT DE LUCRU: cu sediul în autorizație sanitară de
funcționare.....

PUNCT DE LUCRU: cu sediul în autorizație sanitară de
funcționare.....

Semnătura și ștampila - reprezentant legal,

Data

***NOTĂ:**

1. In condițiile în care solicitarea se face și pentru **punctele de lucru** se vor depune
documentele pentru **fiecare punct de lucru**

2. Corespondența legată de derularea a contractului se va efectua în scris la:

sediul social

punct de lucru

3. Pentru situații de urgență comunicarea se va realiza pe e-mail la adresa
(furnizor).....

Verificat pentru existența și valabilitatea documentelor

CAS CLUJ

Furnizor de servicii medicale paraclinice

Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a),

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice și cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești

Casa de Asigurări de Sănătate limitrofe.....

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

UNITATEA SANITARA

.....

DECLARATIE

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
 cu BI /CIseria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste
 conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

Medic specialist...../primar..... in
 specialitatea.....angajat la unitatea
 sanitara:.....
 precizez ca mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

Nume Prenume
 (Semnatura si parafa)

UNITATEA SANITARA

.....

DECLARATIE

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
 cu BI /CIseria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste
 conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

Asistent medical **in specialitatea**.....angajat la
 unitatea sanitara:.....
 precizez ca mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

 Nume Prenume
 (Semnatura)

UNITATEA SANITARA

.....

DECLARATIE

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
 cu BI /CIseria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste
 conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

Bioinginer/**Fizician** angajat la unitatea
 sanitara:.....

precizez ca mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

Nume Prenume
 (Semnatura si parafa)

Tabel (1) - MODEL TIP

Anexa 4

Furnizor de investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala.....
Punct de lucru 1)

STRUCTURA PERSONAL

MEDICI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMDR		ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA			CONTRACT DE MUNCA		COD PARAFA	SPECIALITATEA/C OMPETENTA	SPECIALITATEA/C OMPETENTA *	GRAD PROFESIONAL
			SERIE SI NR.	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	VALOARE	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

*)se completeaza in cazul in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii
Total medici=

OPERATORI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA		CONTRACT DE MUNCA **)		COD PARAFA (DUPA CAZ)	IP DE ACTIVITATE *
			SERIE SI NR.	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**) absolvent colegiu imagistica medicala, asistent medical imagistica medicala, bioinginer, fizician
Total operatori=

ASISTENTI MEDICALI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA		ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA			CONTRACT DE MUNCA **)		SPECIALITATEA/C OMPETENTA
			SERIE SI NR.	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	VALOARE	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Total asistenti medicali=

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURA MEDICALA

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA		CONTRACT DE MUNCA **)		COD PARAFA (DUPA CAZ)
			SERIE SI NR.	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Total personal auxiliar - tehnician aparatura medicala=

1) in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, se intocmesc tabele distincte pentru personalul aferent

**) Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca, PFA, etc.)

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume si prenume, semnatura, stampila

Data intocmirii

PROGRAM DE ACTIVITATE

Nr. Crt	NUME SI PRENUME MEDICI	PROGRAM DE LUCRU					
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă
1							
2							
3							

Nr. Crt	NUME SI PRENUME ASISTENTI MEDICALI	PROGRAM DE LUCRU					
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă
1							
2							
3							

Nr. Crt	NUME SI PRENUME OPERATORI	PROGRAM DE LUCRU					
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă
1							
2							
3							

Nr. Crt	NUME SI PRENUME TEHNICIENI APARATURA MEDICALA	PROGRAM DE LUCRU					
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă
1							
2							
3							

Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 292 Cod penal privind falsul in

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii

PROGRAM DE ACTIVITATE

Nr. Crt	DENUMIREA ACTIVITATII	PROGRAM DE LUCRU					
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă
1	EFFECTUAREA INVESTIGATIILOR						
2	ELIBERAREA REZULTATELOR						

Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 292 Cod penal privind falsul in declaratii

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii

UNITATEA SANITARA.....

APARATURA DIN DOTARE

NR. CRT.	TIP SI DENUMIRE APARAT	SERIE/NUMAR APARAT	DATA FABRICATIEI	ACT DETINERE			CONTRACT SERVICE APARATURA			AVIZAREA APARATULUI DE CATRE M.S.P
				TIP ACT (CONTRACT VANZARE- CUMPARARE, LEASING, INCHIRIERE, FACTURA)	NR. ACT	TERMEN DE VALABILITATE	NR.CONTRACT	FIRMA CARE EFECTUEAZA SERVICE-ul	DATA EFECTUARII SERVICE (2 VERIFICARI/AN)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 292 Cod penal privind falsul in declaratii

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

REPREZENTANT LEGAL

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii